

# 再審査等請求書の記載にあたってのお願い

## 再 審 査 等 請 求 書

令和 7年 8月 1日

鳥取県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号  
担当者名



下記理由により、診療報酬等明細書を

再審査  
取下げ

願います。

1	点数表	① 医科 6 訪問	3 歯科	4 調剤	医療機関等 コード	3 1 1 0 1 1 ● ● ● ●	①医療機関コード		
2	診療 年月	7年 6月	請 求 (調整) 年月	7年 7月	明細書 区分	1 単独 2 併用	1=本人入院 2=本人外来 3=未就学者入院 4=未就学者外来 5=家族入院 6=家族外来 7=高齢者入院一般 8=高齢者外来一般 9=高齢者入院7割 10=高齢者外来7割	再審査等 対象種別	②再審査等 対象種別
3	再審査等対象種別が 「2 突合再審査」 のとき、相手方薬局	薬局コード	( 都道 府県 3 1 )	0 1 4 ● ● ● ●	薬局の名称	● ● ● ● 薬局	②再審査等 対象種別		
4	保険者番号		3 1 0 ● ● ●	記号・番号	△△●●●●				
5	公費負担者番号			受給者番号					
6	フリガナ			生 年 月 日					
6	患者氏名	● ● ● ●		1 明治 2 大正 ③ 昭和 4 平成 5 令和	3 3年 1月 1日	有 ・ 無			
7	請求点数 (金額)	1,514点(円)		一 部 負 担 金		円			
7	食事・生活 請求金額	円	標 準 負 担 額	円					
8	No.	減点点数 (金額) 点(円)	減点事由及び箇所	減 点 内 容					
8	①								
8	②								
8	③								
8	④								
【再審査請求理由】				【取下げ理由】					
				該当の番号を○で囲み、( )の該当に○または理由を記載ください。					

突合再審査の申出  
の場合は記載が必要

### ①医療機関コードについて

先頭より、**県番号** 2桁「31」（鳥取県所在の機関）  
+**点数表コード** 1桁（「1」医科、「3」歯科、「4」調剤、「6」訪問看護）  
+**機関コード** 7桁の計 10桁での記載をお願いします。

記載例（医科の機関）の場合

3	1	1	0	1	1	●	●	●	●
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

県番号（2桁） 点数表（1桁） 機関コード（レセプト記載の7桁）

※「県番号」、「点数表」の記載漏れの請求書が散見されますので、提出の際は漏れなく記載をお願いします。

### ②再審査等対象種別について

突合査定になったものについて、再審査申出を行う場合は、「1.一次審査」ではなく、「2.突合再審査」に○を付けてください。また、その下の相手方薬局の「**薬局コード**」「**薬局の名称**」についても併せて記載をお願いします。

※保険者からレセプトを取り寄せる際に、突合再審査については「医科もしくは歯科」+「調剤」のセットで申出を取り扱うために必要な情報ですので漏れなく記載をお願いします。